

Indicazioni e strategie terapeutiche per i bambini e gli adolescenti con ADHD

CONFERENZA NAZIONALE DI CONSENSO, CAGLIARI 6-7 MARZO 2003

Dopo il recente dibattito, sia tra gli operatori sanitari che sulla stampa, in merito alla probabile reintroduzione in commercio del metilfenidato per curare l'ADHD (dibattito che tra l'altro ha suscitato confusione e sconcerto anche nell'opinione pubblica) e, in mancanza di protocolli operativi nazionali condivisi, si è tenuta a Cagliari il 6-7 marzo scorso una Conferenza Nazionale di consenso sull'ADHD, organizzata dall'Università degli Studi di Cagliari e dall'Istituto "Mario Negri" di Milano. Al termine dei lavori, a cui hanno partecipato anche l'ACP e il CSB, è stato redatto il documento che pubblichiamo, sottoscritto in seguito da numerose società, come indicato alla fine dell'articolo.

1 Il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD, acronimo per l'inglese *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) è una patologia neuropsichiatrica a esordio in età evolutiva, caratterizzata da inattenzione, impulsività e iperattività motoria. Sebbene in Italia, a tutt'oggi, non siano stati condotti studi epidemiologici che consentano di stimare con precisione e accuratezza la prevalenza del disturbo a livello nazionale, in altre nazioni (in particolare negli Stati Uniti) la prevalenza dell'ADHD è stimata tra il 3 e il 5% della popolazione in età scolare, mentre la prevalenza delle forme particolarmente gravi (Disturbo Ipercinetico della classificazione ICD-10 dell'OMS) è stimata nell'1% della popolazione in età scolare. Tuttavia, ampio è l'intervallo dei valori riportati nella letteratura scientifica a seconda dei criteri diagnostici utilizzati e del setting osservato.

2 Il disturbo può presentarsi con differenti manifestazioni cliniche, dall'età prescolare all'età adulta; coinvolge e può compromettere numerose tappe dello sviluppo e dell'integrazione sociale del bambino, potendo predisporlo ad altra patologia psichiatrica e/o disagio sociale nelle successive età della vita. Sulla base di evidenze neuropsicologiche

INDICATIONS AND THERAPEUTIC STRATEGIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER. NATIONAL CONSENSUS CONFERENCE (Medico e Bambino 2003;22:383-386)

Key words

ADHD, Consensus Conference, Clinical evidence, Practice guidelines, Child

Summary

A National Consensus Conference was held in Cagliari (Sardinia) on March 6-7, 2003, promoted by the "Mario Negri" Research Institute of Milan and the University of Cagliari, Department of Neurosciences. The conference was aimed at up-dating the available evidence, practices, and needs concerning the diagnosis, treatment and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children. The final document was approved by several scientific societies as well as by family associations. The following recommendations were made:

- the diagnosis of ADHD and other disorders with similar symptoms should be made by child and adolescent mental health professionals: parents, teachers and family paediatricians should be involved from the very beginning;
- the treatment plan should provide advice and assistance for parents and teachers and specific psychological interventions. The pharmacological treatment should be introduced only when indicated by a child neurologist/neuropsychiatrist, in agreement with the criteria accepted by the international community, and should take into consideration the social and psychological background of the child and his/her family. The child neuropsychiatrist should also co-ordinate and monitor the child's treatment plan with the other care-providers and the child's family;
- in order to implement common diagnostic procedures for the disorder and to promote adequate care plans for children with ADHD and their families, a specific national programme should be developed.

che, genetiche e neuro-radiologiche è oggi giustificata la definizione psicopatologica dell'ADHD quale disturbo neurobiologico che si manifesta come alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali. L'espressione

sintomatologica è spesso in relazione alla qualità dell'integrazione scolastica e familiare.

3 La diagnosi di ADHD deve basarsi sulla classificazione del DSM-IV

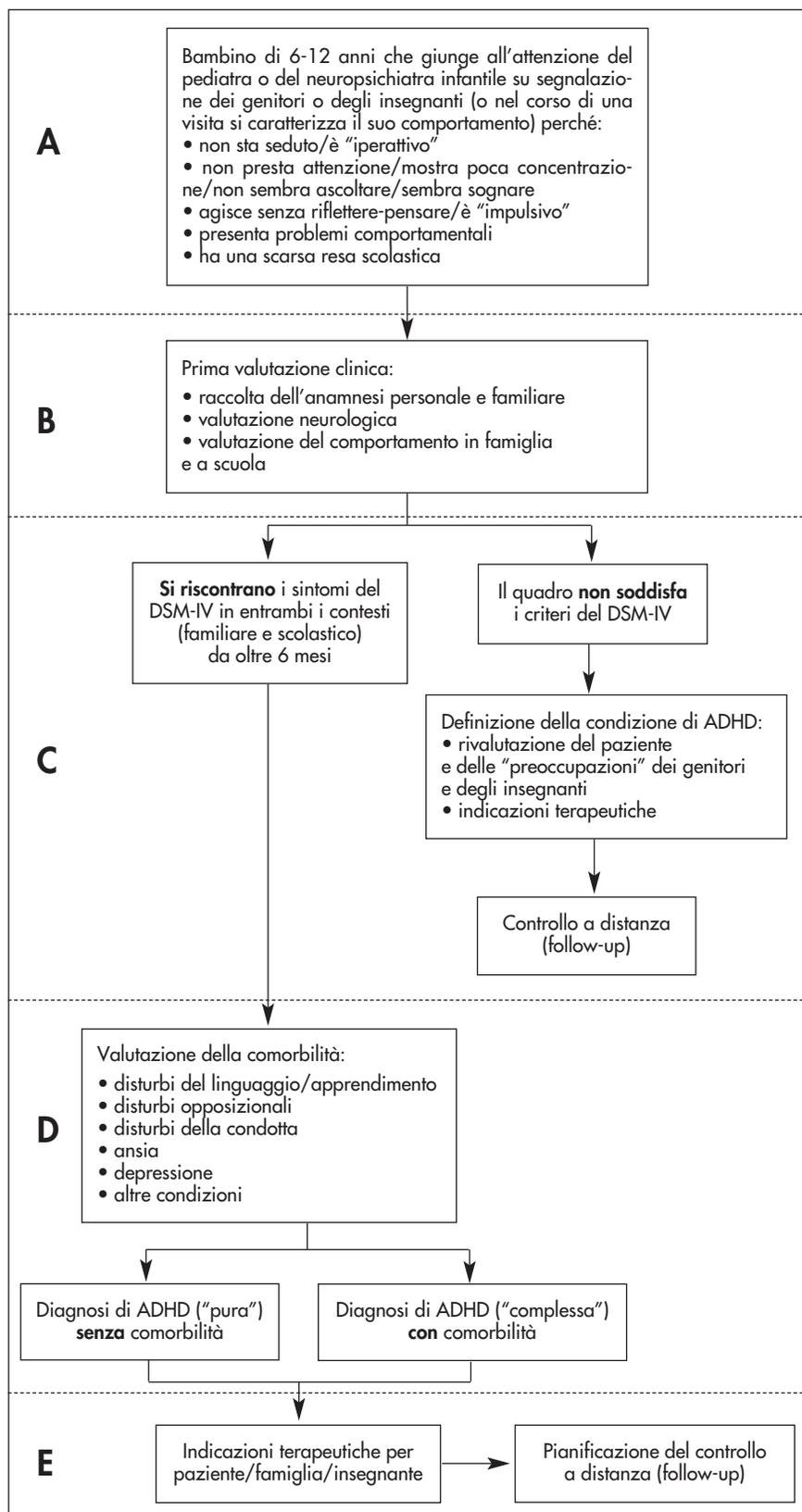


Figura 1. Algoritmo per la diagnosi e la valutazione dell'ADHD.

per una valutazione accurata del bambino, condotta da operatori della salute mentale dell'età evolutiva con specifiche competenze sulla diagnosi e terapia dell'ADHD e sugli altri disturbi che possono mimarne i sintomi (diagnosi differenziale) o che possono associarsi ad esso (comorbidità). Questa valutazione deve sempre coinvolgere, oltre al bambino, i suoi genitori e gli insegnanti: devono essere raccolte, da fonti multiple, informazioni sul comportamento e la compromissione funzionale del bambino e devono sempre essere considerati sia i fattori culturali che l'ambiente di vita. A tal fine è particolarmente utile l'uso di strumenti quali questionari (es. Scale Conners e ADHD-RS, SCOD) e le interviste diagnostiche (es. Kiddie-SADS e PICS-IV), opportunamente standardizzati e validati, possibilmente su campioni italiani. Già a partire dal percorso diagnostico è essenziale la partecipazione-comunicazione del pediatra di famiglia referente per la salute del bambino.

4 Circa i due terzi dei bambini con ADHD presentano sintomi di altri disturbi o associati a situazioni sociali e ambientali disagiate; è quindi auspicabile una gestione multidisciplinare che, come per altre patologie complesse, si attenga a un protocollo diagnostico e terapeutico comune e condiviso (es. l'algoritmo della Figura 1). L'ADHD deve essere considerato come una malattia cronica con picco di prevalenza in età scolare. Scopo principale degli interventi terapeutici svolti dagli operatori dell'età evolutiva deve essere quello di migliorare il benessere globale (la salute) del bambino. In particolare gli interventi terapeutici devono tendere a:

- migliorare le relazioni interpersonali con genitori, fratelli, insegnanti e coetanei;
- diminuire i comportamenti dirimenti e inadeguati;
- migliorare le capacità di apprendimento scolastico;
- aumentare le autonomie e l'autostima;
- migliorare l'accettabilità sociale del disturbo e la qualità della vita dei bambini affetti.

**EFFETTI INDESIDERATI (ALCUNI RARI)
ASSOCIATI AL TRATTAMENTO CON METILFENIDATO**

- ❑ **Sistema nervoso centrale e periferico**
Insonnia, ansia, disforia, diminuzione dell'appetito, tic, allucinazioni, psicosi a contenuto persecutorio, aumento dell'iperattività
- ❑ **Tratto gastrointestinale**
Dolore addominale, nausea, vomito, secchezza delle fauci
- ❑ **Sistema cardiovascolare**
Tachicardia, palpitazioni, aritmie, ipertensione, angina pectoris
- ❑ **Cute e/o ipersensibilità**
Rash, prurito, orticaria, febbre, artralgia, alopecia

Tabella 1

5 Sebbene la più ampia gamma di possibili interventi sia auspicabile, la mancata disponibilità di interventi psico-educativi intensivi giustifica l'inizio della terapia farmacologica, quando appropriata. I genitori devono essere informati, in modo comprensibile ed esaustivo, della natura del disturbo e delle specifiche modalità educative, delle diverse strategie terapeutiche possibili, dei Centri di riferimento per la malattia e delle Associazioni delle famiglie.

6 Ogni intervento va adattato alle caratteristiche del soggetto in base all'età, alla gravità dei sintomi, ai disturbi secondari, alle risorse cognitive, alla situazione familiare e sociale. Gli interventi psicologici includono il lavoro con i genitori, con gli insegnanti e con il paziente stesso. Il lavoro con i genitori (*Parent Training*) ha lo scopo di favorire la comprensione dei comportamenti del bambino, fornire strategie per la loro gestione e modificazione, migliorare la qualità delle interazioni all'interno della famiglia e con il contesto sociale. Il lavoro con gli insegnanti ha lo scopo di favorire un'adeguata integrazione scolastica del bambino, di ristrutturare la percezione del contesto scolastico nei suoi confronti e di consentire strategie educative più adeguate. L'intervento psicologico con il bambino prevede interventi di modulazione cognitiva al fine di favorire la riflessione sui propri processi di pensiero e quindi una maggiore riflessività e l'uso di piani d'azione. Ad esso può associarsi un intervento psicoterapico di sostegno, in particolare nei soggetti con manifestazioni depressive e/o ansiose, interventi

volti a favorire i processi di socializzazione in gruppi di coetanei e interventi riabilitativi più specifici per le abilità scolastiche. Tali interventi non-farmacologici sono prioritariamente indicati per le forme di ADHD in età prescolare, per le forme meno gravi o con prevalenza inattentiva, per le forme senza grave impulsività, aggressività o disturbi della condotta o quando esista indisponibilità della famiglia o del soggetto all'intervento farmacologico. Sono particolarmente opportuni in presenza di disturbi dell'apprendimento e di disturbi d'ansia.

7 L'intervento farmacologico va sempre discusso con i genitori e spiegato al bambino in maniera adeguata al suo livello cognitivo, presentandolo come un ausilio agli sforzi intrapresi e non come la soluzione "automatica" dei problemi, con attenta valutazione delle implicazioni psicologiche della somministrazione del farmaco. La prescrizione farmacologica deve essere sempre preceduta da un consenso informato firmato dai genitori o dai tutori legali.

8 Gli psicostimolanti (e il metilfenidato in particolare) sono i farmaci di prima scelta quale parte di un piano multimodale di trattamento per bambini con forme gravi e invalidanti di ADHD (compromissione del funzionamento globale misurata, ad esempio, da un punteggio alla C-GAS uguale o inferiore a 40). Il metilfenidato risulta essere efficace in circa i due terzi dei soggetti trattati. Sono attualmente utilizzati anche altri farmaci (es. antidepressivi triciclici ad azione noradrenergica, agonisti alfa-adrenergici) anche se, in base

alle prove di evidenza disponibili, il loro uso dovrebbe essere di seconda scelta.

9 Il metilfenidato deve essere utilizzato con prudenza nei bambini con ADHD che presentano sintomi o storia familiare di disturbo bipolare, tic o sindrome di Gilles de la Tourette, ipertiroidismo o tireotossicosi, cardiopatie, glaucoma. Deve essere prescritto con cautela anche nei bambini con epilessia o con altre patologie internistiche segnalate dal pediatra curante. La partecipazione del pediatra di base è anche necessaria per il monitoraggio degli effetti indesiderati e delle reazioni avverse (*Tabella 1*).

10 La terapia con metilfenidato deve essere iniziata dal neuropsichiatra infantile dopo aver valutato tutte le informazioni disponibili e sentiti gli altri operatori sanitari e sociali (psicologo, pediatra di famiglia, assistente sociale ecc.) che si prendono cura della salute del bambino e della sua famiglia. Sembra opportuno che la prima prescrizione avvenga in Centri di Riferimento indicati dalle regioni (almeno uno per regione), operanti presso strutture accreditate di Neuropsichiatria Infantile. Tutto il percorso diagnostico e terapeutico per bambini e adolescenti con ADHD dovrebbe far riferimento a tali Centri, che dovranno prevedere in organico o in convenzione le figure professionali del pediatra, dello psicologo, del pedagogista e dell'assistente sociale.

11 I bambini in terapia con metilfenidato devono essere monitorati regolarmente. Sembra opportuna, per ogni bambino, la definizione di un piano terapeutico personalizzato che preveda controllo clinico da parte del neuropsichiatra infantile del Centro di Riferimento dopo il primo e il secondo mese di terapia per la valutazione dell'efficacia e della tollerabilità. Qualora venga deciso di mantenere la terapia farmacologica, saranno programmati controlli clinici dopo 4 mesi e successivamente almeno ogni 6 mesi. Il piano terapeutico dovrà riportare la durata prevista del trattamento (massimo 6 mesi, rinnovabili). La valutazione nei

periodi intermedi potrà essere effettuata dal neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali in collaborazione con il pediatra di famiglia, lo psicologo e l'assistente sociale. Si suggerisce che, in questi periodi intermedi, il neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali o il pediatra possano effettuare la prescrizione del farmaco, attenendosi a quanto previsto dal piano terapeutico del Centro di Riferimento che dovrà accompagnare (in copia) la ricetta. Sembra opportuno sospendere, almeno una volta all'anno (es. nelle vacanze estive), il trattamento farmacologico per verificarne la reale necessità.

12 Ogni bambino con diagnosi di ADHD dovrebbe essere seguito con visite periodiche per almeno due anni, indipendentemente dal tipo di trattamento in corso. Dovranno essere attentamente monitorate l'intensità dei sintomi, la compromissione del funzionamento globale, l'eventuale comorbidità e/o comparsa di complicanze, l'efficacia e tollerabilità degli interventi terapeutici.

13 È auspicabile che l'intero percorso diagnostico-terapeutico e di monitoraggio degli esiti sia parte di un dettagliato e specifico piano nazionale, ad articolazione regionale, volto alla valutazione di una comune e appropriata assistenza al bambino con ADHD e alla sua famiglia. In questo contesto, per una più appropriata pianificazione dei futuri interventi, sarebbe opportuno attivare iniziative quali:

- un Censimento dei Centri di Riferi-

mento esistenti e dei casi seguiti, quale attività della SINPIA e delle Associazioni dei Genitori;

- uno Studio epidemiologico formale che definisca la prevalenza e incidenza nazionali dell'ADHD e delle variabili a queste associate, oltre ai diversi approcci diagnostici e terapeutici;

- un Registro nazionale dei casi di ADHD associati alle prescrizioni di metilfenidato quando sarà nuovamente commercializzato.

14 Le indicazioni del presente documento possono essere così riassunte:

- la diagnosi di ADHD, e degli altri disturbi con sintomi simili, deve essere effettuata da operatori della salute mentale dell'età evolutiva e deve coinvolgere, sempre e sin dall'inizio, oltre al bambino, i suoi genitori, gli insegnanti e il pediatra di famiglia;

- il programma di trattamento deve prevedere consigli e supporto per i genitori e gli insegnanti, oltre a interventi psicologici specifici. La terapia con farmaci dovrebbe essere intrapresa solo se indicata da un neuropsichiatra infantile, in accordo con le evidenze riconosciute dalla comunità internazionale e tenuto conto degli aspetti psicologici e sociali del bambino e della sua famiglia. Il neuropsichiatra infantile deve anche coordinare e monitorare con gli altri operatori e la famiglia il percorso assistenziale del bambino;

- occorre predisporre un piano nazionale (con un'articolazione a livello regionale) specifico riguardo a questa patologia, per una diagnosi che valuti in

modo accurato il disturbo e per fornire un'assistenza adeguata al bambino malato e alla sua famiglia.

Hanno partecipato ai lavori della conferenza e alla stesura del presente documento finale:

Dante Besana, Maurizio Bonati, Carlo Calzone, Bernardo Carpiniello, Carlo Cianchetti, Cesare Cornoldi, Paolo Curatolo, Franco Dessi, Raffaele D'Errico, Filippo Drago, Walter Fratta, Silvio Garattini, GianLuigi Gessa, GianMarco Marzocchi, Gabriele Masi, Pierluigi Morosini, Massimo Omerini, Paolo Pancheri, Carlo Pintor, Alessandro Zuddas.

Il presente documento è stato approvato dalle seguenti Società Scientifiche e Associazioni:

Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA)

Società Italiana di Pediatria (SIP)

Società Italiana di Psichiatria (SIP)

Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI)

Società Italiana di Farmacologia (SIF)

Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia (SINPF)

Associazione Italiana Ricerca e Intervento in Psicopatologia dell'Apprendimento (AIRIPA)

Associazione Culturale Pediatri (ACP)

Centro Salute del Bambino (CSB)

Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP)

Associazione Italiana Disturbi Attenzione e Iperattività (AIDAI)

Associazione Italiana Famiglie ADHD (AIFA)

Giunta del Collegio Nazionale Professori Ordinari di Neuropsichiatria Infantile



IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste - Centro Collaboratore dell'OMS per la Salute Materno-infantile

AMBIENTE E SALUTE DEL BAMBINO: PROBLEMI E RISPOSTE

Corso per pediatri e operatori dei servizi di prevenzione (accreditamento ECM)

Trieste, 12-13 dicembre 2003

Venerdì (ore 9.30 - 17.00)

Perché il bambino è più vulnerabile: i rischi per stadi di sviluppo; Stime del peso dei rischi ambientali sulla salute del bambino; Inquinamento dell'aria; Incidenti; Tumori; Raggi UV; Agenti neurotossici; Effetti endocrini

Presentazione del libro su Ambiente e salute del bambino

Sabato (ore 9.00 - 13.00)

Problemi del trasporto e del vivere urbano: le proposte
Incorporare gli aspetti ambientali nel lavoro quotidiano dei pediatri e dei servizi di prevenzione

Le azioni raccomandate per la Regione Europea

Attori e partners in Italia: rete italiana per il diritto del bambino a non essere inquinato

Investire nell'infanzia, investire nell'ambiente: nuove strategie delle Agenzie Internazionali

Relatori: F. Barbone, Università di Udine; F. Raccioppi, OMS; A. Mantovani, ISS; M. Martuzzi, OMS; L. Nemer, OMS; R. Romizi, ISDE; L. Ronfani e G. Tamburlini, IRCCS "Burlo Garofolo"; F. Valent, Università di Udine

Per informazioni e preiscrizioni: 040 3785567 (direzione del corso); 040 300151 (segreteria)